

고객 이름:

사무실:

평가일:

작업자 이름:

직원:

인쇄일:

서비스 개요

고객 이름:

평가일:

주소:

전화번호:

내선번호:

작업자:

성별:

나이:

작업자 전화번호:

내선번호:

긴급 연락처:

전화번호:
() -

종류:

대기 개호자:

전화번호:
() -

종류:

사용
언어:

영어 구사 가능 여부

통역 필요 여부

의사 결정 대리인
종류:

이름:

전화번호:
() -

종류:

주치의:

전화번호:
() -

종류:

비공식 후견인:

이름

전화번호

공식 후견인:

공식 후견인

전화번호

Korean

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

공급자:
다음 요건을 충족해야 합니다.

일정:

일	시간대	시작 시간	종료 시간

장비:

종류	담당자	대상

고객 목표:
목표(상세히):

상태: 담당자:

목표(간략히):

목표(상세히):

상태: 담당자:

목표(간략히):

목표(상세히):

상태: 담당자:

목표(간략히):

목표(상세히):

상태: 담당자:

목표(간략히):

NSA 플랜:

NSA 설명:

케이스 매니저 이름 :

Korean
Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

케이스 매니저 전화번호 :

케이스 매니저의 역할은 다음과 같습니다.

1. 프로그램의 적격성을 판단하고 서비스 요금을 인증 받기 위해 반복적으로 평가를 수행합니다.
2. 고객과 함께 건강 관리 플랜을 개발합니다.
3. 서비스가 건강 관리 플랜에 따라 제공되고 있는지 확인하고 필요한 경우 계획을 수정합니다.

고객은 위의 항목 1, 2, 3에 나열된 내용을 제외한 다른 케이스 관리 서비스를 거부할 권리를 가집니다.

나는 가능한 모든 대안을 알고 있으며 위의 서비스 플랜에 동의한다. 나는 내 서비스 플랜의 개발에 필요한 정보를 수집하거나 공개할 수 있는 권리를 보건복지부(DSHS) 및/또는 고령자 관리 네트워크 대표부(Aging network Representative)에 부여한다.

고객/대표 서명

날짜

공급자

날짜

사회 사업가/케이스 매니저 서명

날짜

Korean

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page: